



WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)
WCCC
 خطاب تغيير/قرار
 WCCC AWARD/CHANGE LETTER

LOCAL OFFICE	TELEPHONE NUMBER
CASE NUMBER	DATE

أنت مؤهلون للحصول على مزايا مدعاة لرعاية الأطفال بواقع دفعه شهرية مشتركة تبدأ من _____ إلى _____.
يرجى قراءة المعلومات الهامة بالصفحة 2.

تم اعتماد رعاية الأطفال لما يلي: توظيف نشاط WorkFirst معتمد مدرسة أخرى:

سوف تكون الدفعه المشتركة الأولية الخاصة بك عبارة عن 15 دولار عن الفترة من _____ إلى _____.
 الدفعه المشتركة الشهرية الخاصة بك سوف تكون تغير إلى _____ دولار وذلك ابتداء من _____ وتنتهي في _____.

الدفعه المشتركة هي عبارة عن حصنك في تكالفة رعاية طفلك ويجب دفعها مباشرة إلى متکلف الرعاية الخاص بك. تعتمد الدفعه المشتركة الخاصة بك على حجم أسرتك ودخلك الشهري كما يلي:

1. حجم الأسرة: _____
دولار _____
2. إجمالي الدخل المكتسب (قبل الضرائب): _____
دولار _____
3. دخل العمل الحر (بعد الاستقطاعات المسموح بها): _____
دولار _____
4. معدل الدخل غير المكتسب (دخل تأمين إضافي، إدارة التأمينات الاجتماعية، إعانت الأطفال المستلمة، دفعات المبالغ الإجمالية): _____
دولار _____
5. إجمالي الدخل (نصف البند 2-4 أعلاه): _____
دولار _____
6. إعانة الأطفال المدفوعة: _____
دولار _____
7. حدد الدخل القابل للحصر (اطرح البند 6 من البند 5): _____
(يتم استخدام الدخل القابل للحصر من أجل تحديد إمكانية التأهل والدفعه المشتركة)
8. يتم احتساب الدفعه المشتركة على النحو التالي:
الدفعه المشتركة الشهرية
الدخل القابل للحصر
عند أو أقل من 82% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) _____
فوق 82% وإلى حد 137.5% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) _____
فوق 137.5 وحتى 200% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) _____
(الدخل القابل للحصر - $50 + 0.44 \times 137.5$) دولار _____

يتم تغيير الدفعه المشتركة الخاصة بسبب ما يلي (وفقاً لـ WAC 388-290-0085):

- انتهاء فترة الترخيص الخاصة بك.
- تغير عدد أفراد أسرتك.
- أخرى (اشرح): _____
- وقوع زيادة في دخلك.

الحقوق والمسؤوليات الخاصة ببرنامج رعاية أطفال العاملين (WCCC)

أنت مسؤولون عما يلي:

- إبلاغ موظف ترخيص رعاية الأطفال الخاص بك، في غضون 24 ساعة، بأية معلومات تتعلق باتهامات أو إدانة لم يتم البت فيها والتي تعلق بها فيما يتعلق بمتكفل الرعاية المنزلي/من الأقارب الخاص بك.
- إبلاغ موظف ترخيص رعاية الأطفال الخاص بك، في غضون 24 ساعة، بأية معلومات عن اتهامات أو إدانة لم يتم البت فيها والتي تعلق بها بخصوص أي شخص يبلغ من العمر ستة عشر سنة أو أكثر وكان يعيش مع متكفل الرعاية عندما تتم الرعاية خارج منزل الطفل.
- إبلاغ موظف الترخيص ببرنامج WCCC في غضون 10 أيام بالتغييرات التي تقع بخصوص ما يلي:
 - عدد ساعات رعاية الأطفال المطلوبة (مع الفارق المحتمل بالزيادة أو النقص)؛
 - دخل الأسرة بما في ذلك منحة المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) أو التخفيضات أو الزيادات في إعانة الأطفال؛
 - حجم الأسرة الخاص بكم، مثل عدد أفراد الأسرة بما في ذلك الوالد أو الزوج/الزوجة، الذين يحضرون إلى البيت أو يتركونه؛
 - التوظيف، المدرسة أو نشاط TANF معتمد (في البداية، متوقف، أو متغير)؛
 - عنوان ورقم هاتف متكفل الرعاية المنزلي/القريب الخاص بك؛
 - عنوان منزلك أو رقم هاتف منزلك؛
 - تعهدك القانوني بدفع إعانة أطفال.
- إن الإخفاق في الإبلاغ عن التغييرات بشكل فوري قد يتربّط عليه دفع إضافية أو قد تضطر إلى دفع أكثر من حصتك المعتادة من تكاليف رعاية الأطفال.
- إعادة كافة المعلومات المطلوبة بخصوص متكفل الرعاية الخاص بك على الفور. لن يتم إصدار دفعات رعاية إلى بخصوص متكفل الرعاية المنزلي/القريب الخاص بك قبل تاريخ استلام كافة نتائج التدقيق الأمثل.
- عدم ترك أطفالك في رعاية لأسباب غير الأسباب المذكورة على وجه هذا النموذج ما لم تكن قد اتخذت الترتيبات مع متكفل الرعاية الخاص بك لدفع مقابل الرعاية بنفسك. إذا أردت المشاركة في أي نشاط بخلاف الأنشطة المصرح بها على وجه هذا النموذج وكتبت ترغّب في أن تقوم دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية بدفع مقابل رعاية طفالك، يتعين عليك الاتصال أولاً بموظفي ترخيص رعاية الأطفال الخاص بك.
- تزويدنا بمعلومات حتى يتسنى لنا البت في إمكانية تأهلكم واعتماد دفعات رعاية الأطفال بشكل صحيح؛
- اختيار متكفل رعاية توافق فيه المتطلبات الواردة في طفلكم. WAC 388-290-0125 والقيام بعمل الترتيبات الخاصة برعاية طفلكم.
- سداد أو إجراء ترتيبات لقيام أي شخص بسداد الدفعات المشتركة الشهرية الخاصة بكم في برنامج رعاية أطفال العاملين (WCCC) وذلك بشكل مباشر إلى متكفل الرعاية الخاص بكم. وقد يترتب على الإخفاق في القيام بذلك إيقاف إعانت المالية الخاصة برعاية أطفالكم.
- ترك أطفالكم مع متكفل الرعاية الخاص بكم وذلك من أجل أنشطة معتمدة أو الترتيب من أجل الدفع لمتكفل الرعاية بنفسكم، وذلك حسبما يطلبه متكفل الرعاية في حال القيام بأنشطة غير معتمدة.
- الاحتفاظ بسجلات حضور عند اختياركم لرعايا أطفال منزليه/من الأقارب. وبخصوص السجلات:
 - يجب تقديمها عند طلبها؛
 - يجب الاحتفاظ بها لمدة سنة بعد أن يتم توفير الرعاية.
 - الدفع لمتكفل الرعاية المنزلي/القريب الخاص بكم كامل المبلغ الذي نرسله لكم بخصوص الرعاية المنزليه/من الأقارب الذي يكون ذكره في إشعار الحالة الذي تستلمونه مع التفويض.
 - الحصول على إيصال بأية أموال تدفعونها إلى متكفل الرعاية الخاص بكم. يتعين عليكم الاحتفاظ بالإيصالات لمدة سنة واحدة وذلك حتى تقوم دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية بمراجعةها عند الطلب؛
 - التعاون في عملية مراجعة التأكيد على الجودة وذلك من أجل استمرار تأهلكم للاستفادة من برنامج WCCC. سوف تفقدون الأهلية للاستفادة من مزايا برنامج WCCC بينما يتقرّر عدم تعاونكم من قبل قسم التأكيد على الجودة وسوف يستمر عدم تأهلكم حتى تفون بمتطلبات التأكيد على الجودة أو حتى ثلاثة أيام من إثبات عدم تعاونكم.
 - التعاون مع محقق الكشف المبكر عن التزوير (FRED). في حال رفضكم التعاون (تقديم المعلومات المطلوبة) مع المحقق، فإن ذلك قد يؤثر على المزايا الخاصة بكم.
 - إخطار موظف الترخيص في برنامج WCCC وذلك في غضون خمسة أيام بأي تغيير في متكفل الرعاية؛
 - إخطار متكفل الرعاية الخاص بكم في غضون 10 أيام عندما تقوم بتغيير ترخيص رعاية أطفالكم.

الحقوق والمسؤوليات الخاصة ببرنامج رعاية أطفال العاملين (WCCC)

يرجى العلم بما يلي:

- يجوز لكم طلب مشرف أو مدير ليقوم بمراجعة أي قرار أو إجراء يؤثر على المزايا الخاصة بكم بدون الإخلال بحكم في طلب إجراء جلسة استماع.
- يجوز لكم الاستفادة من خدمة مترجم تحرير/شفوي خلال فترة زمنية معقولة وبدون تحمل أي تكالفة من قبلكم؛
- يجوز لكم اختيار منكفل الرعاية الخاص بكم طالما أنه يفي بالمتطلبات الواردة في WAC 388-0125.
- يجوز لكم أن تطلبوا من محقق الكشف المبكر عن التزوير (FRED) من قسم تحقيقات التزوير (DFI) أن يعود إليكم مرة أخرى. لا يجب عليكم إدخال المحقق إلى منزلكم. لن يؤثر هذا الطلب على إمكانية تأهلكم للاستفادة من المزايا. في حال رفضكم التعاون (في تقديم المعلومات المطلوبة) مع المحقق، فمن الممكن أن يؤثر ذلك على المزايا الخاصة بكم.
- سوف تتم معاملتكم بشكل محترم ولا تؤخذ بغض النظر عن جنسكم أو لونكم أو المعتقدات السياسية الخاصة بكم أو المنشأ القومي لكم أو دينكم أو سنكم أو جنسكم أو إعاقتهم أو محل ميلادكم؛
- سوف يتم البت في تأهلكم للاستفادة من برنامج رعاية أطفال العاملين (WCCC) في غضون ثلاثة أيام من تاريخ طلبكم؛
- سوف يتلاشى كتابكم بحقوقكم ومسؤولياتكم القانونية المتعلقة بمزايا برنامج رعاية أطفال العاملين (WCCC)؛
- سوف تطلع وكالات أخرى على المعلومات الخاصة بكم وذلك في حال نصت على ذلك لوائح فيدرالية أو لوائح الولاية؛
- سوف تحصلون على إشعار كتابي قبل عشرة أيام على الأقل من قيام دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية بقليل أو وقف المزايا وذلك باستثناء ما تم النص عليه في WAC 388-0120.
- يجوز لكم طلب إجراء جلسة استماع في حال عدم موافقكم على قرار دائرة الخدمات الصحية والاجتماعية.

الحقوق الخاصة بجلسات الاستماع: يحق لكم طلب إجراء جلسة استماع. ومن أجل طلب ذلك، يرجى الاتصال بهذا المكتب أو مراسلة مكتب Jلسات الاستماع الإدارية، على العنوان التالي Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2465. يتعين عليكم طلب إجراء جلسة الاستماع الخاصة بكم في غضون 90 يوماً من تاريخ استلامكم لهذا القرار. خلال جلسة الاستماع، يكون لكم الحق في تمثيل أنفسكم أو تمثيلكم بواسطة محامي أو بواسطة أي شخص آخر تختارونه. يجوز لكم الحصول على استشارة قانونية مجانية أو تمثيل مجاني من خلال الاتصال بأي مكتب خدمات قانونية. يمكنكم التأهل للحصول على مزايا مستمرة حتى يتم البت في جلسة الاستماع في حال طلب إجراء الجلسة في أو قبل تاريخ نفاذ أي قرار أو خلال مدة لا تزيد عن عشرة أيام بعد أن تقوم الإداراة بإرسال إشعار لكم بخصوص الإجراء.

تأمين طبي من أجل أطفالك

هل تعلم أنه يمكنك الحصول على تأمين طبي وأسنانى لأطفالك؟ لا يوجد انتظار، ويمكن الحصول عليه بسهولة من خلال ثلاث خطوات:

1. هل تحصل على أي نوع آخر من المساعدة من خلال الولاية، مثل طوابع الطعام أو مساعدة نقديّة؟
 - نعم: اتصل بالموظف المالي المسؤول عن حالتكم واطلب الحصول على تأمين طبي لأطفالكم.
 - لا: اتصل برقم الهاتف المجاني الخاص بالمساعدة الطبية للأطفال على رقم 1-800-204-6429.
2. قدم للموظف المعلومات التي يحتاجها لكي تثبت له أنك مؤهل. قد تكون لديه هذه المعلومات بالفعل أو يمكنهم أخذها عبر الهاتف.
3. استلم البطاقة الطبية عبر البريد.

لا تنتظر - إنها مكالمة هاتفية فقط وتستطيع الحصول على تأمين طبي لأطفالك!